ITEM 147 : FIÈVRE AIGUË

Fiche réalisée en priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges (Pilly et Pédiatrie)

- **Fièvre** = hausse de la température centrale au-dessus des variations normales circadiennes = **≥ 38°** le matin ou **≥ 38,3°** le soir.
- **Fébricule** : hausse de température **> 37,5°,** mais < 38°.
- Évolution :
  - **Aiguë < 5 jours** : généralement de cause infectieuse.
  - **Prolongée > 20 jours** : < 50 % de cause infectieuse.
- Conditions de prise de température : à distance des repas, après 20 minutes de repos, par **voie axillaire** ou **buccale** (ajouter +0,5 °C pour obtenir la température centrale) ou par **voie tympanique** (thermomètre infrarouge, impossible si obstruction du conduit).
- **Physiopath** = reflet de la réponse hypothalamique (centre de la thermorégulation) à l'agression tissulaire : en réponse à des substances pyrogènes exogènes et endogènes (cytokines…)
- Niveau de fièvre non corrélé à la gravité de l'infection en cours.

➞ Non synonyme d'infection :

- Infection sans fièvre **: toxi-infection** (choléra, tétanos…), **infection chronique** (ostéite…), terrain (sujet âgé, immunodéprimé).
- Infection avec hypothermie : **bactériémie à BGN** ++.

Évaluation de la contagiosité :

- Tout patient avec une fièvre aiguë est **contagieux** jusqu'à **preuve du contraire.**
- Présence de signes respiratoires ou méningés ou d'un purpura fébrile : mise en place de **précautions complémentaires** respiratoires (chambre seul, masque) avant de continuer l'évaluation du patient et en ft du **micro-organisme suspecté.**

GRAVITE

Signes cliniques de gravité

Signes de **sepsis** : signes d'hypoperfusion tissulaire
- Neurologique : **angoisse, agitation, confusion, troubles du comportement, prostration, coma.**
- Cardiovasculaire : **PAS <ou= 100 mmHg.**
- Cutané : **purpura, extrémités froides et cyanosées, marbrures.**
- Respiratoire : **polypnée >ou= 22/min, tirage, balancement thoraco-abdo, polypnée superficielle**, **SaO_2 < 90 %.**
- Rénal : **oligurie < 0,5 mL/kg/h** ou **anurie.**

qSOFA : score d'évaluation rapide permet de repérer rapidement les patients septiques au mauvais pronostic nécessitant un transfert en unité de soins intensifs.
Risque d'évolution péjorative si **au moins 2** des signes **parmi les 3** suivants sont présents :
- **PAS ≤ 100 mmHg.**
- **FR ≥ 22** cycles/minutes.
- **Altération aiguë des fonctions supérieures.**

Un **qSOFA ≥ à 2** doit faire :
- Prendre des mesures de monitoring.
- Faire prélever des gaz du sang artériel et des lactates.
- Évaluer le SOFA.
- Contacter Réa pour avis.

Terrain à risque

- **Femme enceinte** : risque de souffrance/mort fœtale, fausse couche spontanée, prématurité.
- **Immunodépression** : **déficit humoral** (hypogammaglobulinémie, splénectomie, asplénie fonctionnelle (myélome, drépanocytose), **déficit cellulaire** (VIH, lymphopénie T), **neutropénie, traitement immunosuppresseur, corticothérapie prolongée**
- **Comorbidités :**
  - Diabète mal équilibré
  - Insuffisant cardiaque, coronaropathie
  - Insuffisant respiratoire
  - Insuffisant rénal chronique
  - Patients âgés dépendants/polypathologiques

Retentissement

Fièvre en soi n'est **pas un signe de gravité**, mais peut décompenser une comorbidité ou causer :
- **Retentissement neurologique** : troubles du comportement, convulsions, délire, coma.
- **Déshydratation** : ↗ des pertes hydriques de **400 mL/degré** au-dessus de 37 °C.
- **Décompensation cardio-respiratoire** :
  - de la **FC** et **FR** de **10 bpm/degré** > à 37 °C.
  - Majoration des besoins en oxygène.

DG

Inter

- **Contexte** : voyage récent, notion de contage, post-opératoire, prise de risque (sexuel, toxicomanie…)
- **Profession** (exposition aux animaux, eaux usées…), loisirs [baignade en eau douce (leptospirose), forêt (tiques)].
- **Terrain** : matériel prothétique vasculaire, valvulaire ou articulaire, cathéter vasculaire.
- **Prise médicamenteuse.**

<table>
<tr><td rowspan="4">DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE</td><td>C</td><td colspan="2">- Neurologique : syndrome méningé, céphalées, signes de focalisation.
- Ophtalmologique : conjonctivite, purpura conjonctival, ictère.
- ORL : rhinorrhée, angine, douleur à la pression des sinus maxillaires ou frontaux, examen tympanique.
- Pulmonaire : toux, dyspnée, expectoration, signe auscultatoire.
- Cardiaque : recherche d'un souffle, frottement.
- Abdominal : diarrhée, signe de Murphy, défense, contracture, hépatosplénomégalie.
- Urinaire : brûlure mictionnelle, douleur à la percussion lombaire, douleur prostatique au TR, BU.
- Génital : leucorrhée, douleur à la mobilisation des annexes.
- Cutané : éruption, érysipèle, escarre d'inoculation, plaie d'allure infectée, cicatrice inflammatoire ou purulente.
- Palpation des aires ganglionnaires.
- Ostéoarticulaire : impotence fonctionnelle, épanchement, point douloureux rachidien, plaie du pied (diabète).
- Présence de matériel étranger : sonde urinaire, cathéter veineux centrale ou périphérique, pacemaker, dérivation ventriculaire…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Selon le terrain</td><td>Femme enceinte</td><td>- Pyélonéphrite à rechercher systématiquement, surtout au 3e trimestre.
- Recherche d'infection annexielle ou abdominale de forme trompeuse.
- Recherche de listériose systématique par hémocultures.
- Notions de contage de toxoplasmose, rubéole, CMV ou varicelle.</td></tr>
<tr><td>Sujet âgé</td><td>- Symptomatologie souvent atypique, paucisymptomatique, dominée par des manifestations générales et neurologiques (état confusionnel).
- Fièvre possiblement absente en cas d'infection.
- Prévalence supérieure des infections pulmonaires, urinaires et digestives.</td></tr>
<tr><td>Immunodéprimé</td><td>- Déficit humoral : bactérie encapsulée = pneumocoque, méningocoque, Haemophilus.
- VIH :
• CD4 < 200/mm³ : recherche d'infections opportunistes.
• CD4 > 200/mm³ : infection bactérienne fréquente, notamment à pneumocoque.
- Neutropénie de courte durée : entérobactérie, staphylocoque, streptocoque, entérocoque.
- Neutropénie de longue durée : Pseudomonas aeruginosa, fongique (Candida, Aspergillus).</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Prothèse valvulaire : hémoculture systématique à la recherche d'une endocardite infectieuse.
- Chirurgie récente : recherche systématique d'une infection du site opératoire.
- Diabète : risque ↗ d'infection à S. aureus (notamment cutanée : plaie du pied) et d'infection du site opératoire.
- Cirrhose = 25 % de décès par infection : infection invasive à pneumocoque, infection du liquide d'ascite.
- Dialyse : fréquence des bactériémies à staphylocoques, volontiers méti-R.
- Toxicomanie IV : infection staphylocoque surtout, possiblement à Pseudomonas aeruginosa et Candida sp.
- Retour d'une zone d'endémie palustre : toute fièvre au retour des tropiques doit faire éliminer un paludisme et impose la réalisation d'un frottis sanguin et d'une goutte épaisse.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">SYNTHESE</td><td colspan="3">Indications d'hospitalisation :
- Signes de gravité.
- Terrain à risque : femme enceinte, décompensation de comorbidité, immunodépression.
- Difficulté de prise orale des antibiotiques : troubles de déglutition…
- Isolement social, difficultés d'observation prévisibles (éthylisme chronique…)
- Absence d'amélioration malgré réévaluation et/ou adaptation thérapeutique à 48-72 h.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>Aucune indication</td><td>- Fièvre aiguë isolée, bien tolérée, chez un sujet jeune sans comorbidité, sans foyer bactérien évident, ne revenant pas d'une zone d'endémie palustre (se méfier d'un VIH).
- Infection bactérienne localisée évidente cliniquement, non compliquée, accessible à une antibiothérapie probabiliste : otite, sinusite, angine streptococcique, érysipèle…
- Tableau viral évident, bénin, bien toléré : virose saisonnière, fièvre éruptive infantile, bronchite…</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="11">TTT</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">Fièvre persistante sans étiologie évidente</td><td>< 72 h</td><td>- Si bilan clinique négatif : rassurer le patient et le revoir à 48 h si la fièvre persiste.
➙ Aucune indication d'antibiothérapie sans foyer infectieux ni en traitement d'épreuve.</td></tr>
<tr><td>> 72 h</td><td>- Hémocultures prélevées avant toute antibiothérapie, si absence de pt d'appel évident.
- Bilan standard : NFS, iono, urée, créatininémie, bilan hépatique, BU, RP.
- GDS, lactatémie, TP : si signes de gravité.
- CRP, PCT : aucun intérêt en cas de diagnostic évident, mais peut orienter vers une étiologie virale ou bactérienne selon la situation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Point d'appel infectieux évident</td><td colspan="2">- Traitement adapté à l'étiologie.
- En ambulatoire ou hospitalisation selon la gravité, le risque de complication, le terrain, la voie d'administration du traitement et la nécessité d'une surveillance.
- Réévaluation systématique à 48-72 h, notamment en cas de traitement ambulatoire.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Absence de point d'appel évident</td><td>Sans signe de gravité</td><td>- Enfant, adulte jeune : généralement virose, guérison spontanée en moins d'1 semaine.
- Terrain à risque : hospitalisation souvent nécessaire pour surveillance rapprochée et possiblement indication d'antibiothérapie probabiliste.</td></tr>
<tr><td>Avec signes de gravité</td><td>La présence de signes de sepsis : généralement d'origine pulmonaire, urinaire ou abdominale.
- Antibiothérapie probabiliste et remplissage vasculaire.
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien en urgence dès stabilisation du patient.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Étiologie non infectieuse</td><td>Syndrome d'hyperthermie maligne</td><td>= Hausse de la température corporelle par défaut de thermolyse avec température centrale > 40° et signes neurologiques, sans argument pour cause infectieuse et présences d'un/de plusieurs facteurs favorisants/causaux :
- Coup de chaleur : exercice physique en conditions de température élevée.
- Personne âgée dépendante et polymédiquée en période de canicule.
- Médicamenteuse : syndrome malin des neuroleptiques, ISRS, antiparkinsoniens.
- Endocrinopathies (exceptionnelle) : thyrotoxicose, phéochromocytome.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- SRIS : chirurgie majeure, polytraumatisme, hématome volumineux, hémorragie méningée, pancréatite…
- Accident thrombo-embolique.
- Contexte inflammatoire : lupus, maladie de Still, SAPL, DRESS syndrome, érythrodermie…
- Néoplasie : nécrose tumorale, cancer multi-métastatique, hémopathie maligne aiguë…</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td colspan="2">- Traitement spécifique selon l'étiologie infectieuse.
- Lutte contre la déshydratation : boissons abondantes et variées, sucrées et salées.</td></tr>
<tr><td>Antipyrétique</td><td colspan="2">= Non systématique : la fièvre augmente les défenses et permet le suivi de l'évolution et du traitement.
- Indication : fièvre mal tolérée ou sur terrain particulier (insuffisant cardiaque/respiratoire, sujet âgé).
- Administration systématique et régulière (évite les rebonds de fièvre).
- Paracétamol :
• 15 mg/kg x 4/j chez l'enfant, jusqu'à 1 g x 4/j chez l'adulte, oral dès que possible.
• Contre-indication : hépatite aiguë, insuffisance hépatique.
- Aspirine et anti-inflammatoire non recommandés : risque de syndrome de Reye en cas de virose chez l'enfant, risque de complication loco-régionale ou systémique grave en cas de foyer bactérien.</td></tr>
<tr><td>Antibiothérapie</td><td colspan="2">Indication d'antibiothérapie urgente devant une fièvre sans diagnostic :
- Présence de signes de sepsis.
- Patient neutropénique (< 500/mm^3) ou asplénique.
- Suspicion d'infection grave (ex : Purpura fulminans).
Autre immunodépression ou décompensation : urgence diagnostique (avant antibiothérapie).</td></tr>
</table>

CODEX.:, S-ECN.COM

SPÉCIFICITÉS PÉDIATRIQUES

- Fièvre = température **≥ 38°C quel que soit l'âge** ou le **moment de la journée** (chez adulte : ≠ entre matin et soir).
- Symptôme le + fréquent chez l'enfant
- Évolution :
  - **Aiguë** < **5 jours** chez nourrisson et 1 semaine chez l'enfant plus âgé *(Collège de Pédiatrie).*
  - **Prolongée > 20 jours** : < 50 % de cause infectieuse
- Conditions de prise de température : à distance des repas, après 20 minutes de repos, par **voie rectale (**méthode de ref) mais par facilité utilisation de la **voie axillaire** ou **buccale** (ajouter +0,5°C pour obtenir la température centrale) ou par **voie tympanique** (thermomètre infrarouge, impossible si obstruction du conduit, moins précis).
- Niveau de fièvre non corrélé à la gravité de l'infection en cours.

→ Fièvre non synonyme d'infection : chez enfant, penser aux hémopathies et cancers ++).

GRAVITE	Signes cliniques de gravité	**Hémodynamique :** Fc4P - Fréquence cardiaque (signe le plus précoce). - PA. - Circulation périphérique (marbrures, froideur des extrémités, TRC allongé). - Pouls filant. - Précharge : hépatomégalie = signe de défaillance myocardique septique. **Neurologique :** comportement et interaction avec l'entourage, conscience (alerte, souriant, somnolent…), syndrome méningé. **Respiratoire :** FTVO - Fréquence respiratoire. - Travail (signes de lutte). - Volume (auscultation asymétrique, respiration superficielle). - Oxygénation. **Cutané :** purpura, érythème diffus (choc toxinique), décollement, atteinte muqueuse (allergie, Kawa). Signes orientant vers une infection sévère : - **Détresse respi** (pneumopathie grave) ou tb **hémodynamiques** (sepsis). - **Purpura** (infection à méningocoque). - **Erythème** diffus (sd toxinique). - **Sd méningé** (méningite). - Anomalie du **tonus** ou tb de cs (méningite, encéphalite). - Douleur à la **mobilisation** d'un membre (ostéo-arthrite). - Selles **glairo-sanglantes** avec fièvre.
	Terrain à risque	- Nourrisson **< 3 mois** et a fortiori **< 6 semaines.** - Femme enceinte : risque de souffrance voir de mort fœtale, de fausse couche spontanée, d'accouchement prématuré. - Immunodépression. - Comorbidités : drépanocytose, diabète mal équilibré, insuffisance cardiaque, coronaropathie, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale chronique, patients dépendants et/ou poly pathologique, trisomie 21, patient porteur de matériel étranger. - L'entourage familial et la possibilité d'une surveillance adaptée sont à évaluer.
AUTRE SITUATION	Crise fébrile	- Anciennement appelée **crise convulsive hyperthermique.** - **Fréquente** chez l'enfant (2 à 5 % des enfants de 6 mois à 5 ans), non directement liée à la fièvre, mais plutôt au « **climat inflammatoire** » qui lui est associé. - Une crise fébrile prolongée et/ou survenant chez un enfant en dehors de l'âge « classique » (**moins de 6 mois, plus de 5 ans**), présentant des signes de gravité hémodynamique, neurologique ou respiratoire au décours de la crise doit faire **évoquer une infection neuro-méningée**. - Si la crise fébrile est **simple** (sans critère inhabituel) : **aucun ttt spécifique**, **rassurer** les parents tout en expliquant le risque de **récidive** dans une situation similaire.

<table>
<tr><td>DG</td><td colspan="3">- Selon le terrain :
• Chez nouveau-né et le nourrisson de moins de 3 mois : prédominance des infections bactériennes avec signes peu spécifique (penser à la pyélonéphrite ++, mais aussi à des bactériémies, des méningites).
• Chez le > 3 mois et le jeune enfant : fréquence des infections virales.
- Penser à vérifier le statut vaccinal.
- Nouveau-né : histoire obstétricale, facteurs de risques d’infection néonatale précoce (PV + au SGB, préma, fièvre maternelle périnatale, RPM > 12 h, liquide amniotique teinté…)
- Nourrisson et enfant : Mode de garde, scolarisation (épidémie en crèche/école).
- Importance de l’examen des muqueuses (chéilite, glossite, conjonctivite) pour éliminer une maladie de Kawasaki chez l’enfant.
- Chez le grand enfant, examen clinique comparable à celui de l’adulte (cf encadré adulte).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PC</td><td>Aucune indication</td><td colspan="2">- Fièvre aiguë isolée, bien tolérée, chez un grand enfant sans comorbidité, sans foyer bactérien évident, ne revenant pas d’une zone d’endémie palustre.
- Infection bactérienne localisée évidente cliniquement, non compliquée, accessible à une antibiothérapie probabiliste : otite, sinusite, angine streptococcique…
- Tableau viral évident, bénin, bien toléré : virose saisonnière, fièvre éruptive infantile, bronchite…</td></tr>
<tr><td>Orientat°</td><td colspan="2">- Signes évoquant pneumonie : Radio Thorax.
- Diarrhée invasive : coproculture.
- Angine < 15 ans : TDR Strepto A.
- Sepsis : Hémocultures.
- Suspicion de paludisme : frottis-goutte épaisse.
- Suspicion de méningite (au moindre doute < 6 semaines) : PL.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fièvre persistante sans étiologie évidente</td><td>< 72 h</td><td>- Si bilan clinique négatif : rassurer et revoir à 48h si la fièvre persiste.
➔ Aucune indication d’antibiothérapie sans foyer infectieux ni en traitement d’épreuve.</td></tr>
<tr><td>> 72 h</td><td>- Hémocultures prélevées avant toute antibiothérapie, si absence de pt d’appel évident.
- Bilan standard : NFS, iono, urée, créatininémie, bilan hépatique, BU, RP.
- GDS, lactatémie, TP : si signes de gravité.
- CRP, PCT : aucun intérêt en cas de diagnostic évident, mais peut orienter vers une étiologie virale ou bactérienne selon la situation.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PEC</td><td>Signes de gravité</td><td colspan="2">- Hospitalisation systématique (via SMUR préalable si urgence vitale).
- Investigations systématiques : hémoculture, BU et ECBU, NFS, CRP/PCT + PL « facile ».
- Antibiothérapie empirique si purpura fulminans, sepsis, neutropénie fébrile, forte suspicion méningite avec contre-indication immédiate à PL.</td></tr>
<tr><td>Terrain à risque</td><td colspan="2">- Évaluation hospitalière systématique, peu importe l’âge.
- Avis du médecin référent si comorbidités.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Si pas de gravité, selon l’âge</td><td>< 6 semaines</td><td>Évaluation hospitalière et surveillance systématique avec bilan complet (hémocs, NFS, CRP/PCT, BU entre 4 et 6 semaines et ECBU avant 1 mois car BU non fiable < 1 mois).
- Infections les plus fréquentes = pyélonéphrite, bactériémies, méningite, IOA, infections cutanées.
- Avant 7 jours = infection néonatale précoce -> SGB, E.Coli, L. monocytogenes.
- Après 7 jours = infection néonatale tardive -> SGB, E.Coli, plus rarement Staph doré, méningo et pneumo.</td></tr>
<tr><td>Entre 6 semaines et 3 mois</td><td>- Point d’appel/contexte particulier (voyage) : prise en charge spécifique, recherche de paludisme si retour de zone d’endémie.
- Fièvre isolée ≤ 48 h : traitement symptomatique, consignes de surveillance, bandelette urinaire (selon contexte, uropathie, fièvre > 40 °C).
- Fièvre isolée > 48 h : bilan infectieux : CRP/PCT, BU, hémoculture.</td></tr>
<tr><td>> 3 mois</td><td>- Point d’appel/contexte particulier (voyage) : prise en charge spécifique, recherche de paludisme si retour de zone d’endémie.
- Fièvre isolée ≤ 72 h : traitement symptomatique, consignes de surveillance +++.
- Fièvre > 72 h : au moins la BU, discuter CRP/PCT, hémoculture selon le contexte et l’examen physique.
- Fièvre > 5 jours : penser Kawasaki (rechercher les autres signes de Kawasaki).
- Fièvre > 14 jours : penser aux causes hémato-oncologiques (leucémie, neuroblastome) et aux causes inflammatoires (avis pédiatrique spécialisé).
- Fièvre cyclique (récurrente) : avis pédiatrique spécialisé.</td></tr>
</table>

	Mesures associées	- Traitement spécifique selon l'étiologie infectieuse. - **Lutte contre la déshydratation** : boissons abondantes et variées, sucrées et salées. - Ne pas surcouvrir l'enfant, ni surchauffer la pièce, aération de la maison.
	Antipyrétique	= Non systématique : la fièvre augmente les défenses et permet le suivi de l'évolution et du traitement. - Indication : pour le confort de l'enfant, donc surtout si **fièvre mal tolérée** ou sur terrain particulier (**insuffisant cardiaque/respiratoire**). - Administration systématique et régulière (évite les rebonds de fièvre). - **Paracétamol** : • 15 mg/kg x 4/j chez l'enfant, soit jusqu'à 60 mg/kg/j, oral dès que possible. • Contre-indication : hépatite aiguë, insuffisance hépatique. - **Aspirine** et **anti-inflammatoire non recommandés** : risque de syndrome de Reye en cas de virose chez l'enfant (grippe ou varicelle ++), risque de complication loco-régionale ou systémique grave en cas de foyer bactérien. - Seul **l'ibuprofène** (après 3 mois, et kétoprofène après 6 mois mais rarement utilisé chez l'enfant en pratique) peut se discuter en cas d'inconfort persistant malgré paracétamol et en l'absence de foyer bactérien associé.
	Antibiothérapie	Antibiothérapie urgente probabiliste en cas de signe de gravité, de purpura fulminans ou de patient immunodéprimé.

CODEX.:, S-ECN.COM